

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 21 *mai* 1840,

Par ANNE-J.-B.-AIMÉ GIRAULD DE NOLHAC, de Pontoise

(Seine-et-Oise),

Élève des hôpitaux civils de Paris, et Membre de la Société médico-chirurgicale de Montpellier.

I. — De l'emploi des préparations chlorurées, et des préparations toniques dans le traitement de l'affection typhoïde.

II. — Quels sont les signes de la sacro-coxalgie? comment la distinguer de la coxalgie, et comment la traiter?

III. — De la structure du tissu des dents vues au microscope. Des caractères microscopiques des différentes humeurs de l'œil, et, en particulier, de la structure du cristallin.

IV. — Quelles sont les principales familles de plantes qui fournissent des médicaments amers et toniques? Indiquer celles des espèces de ces familles qui sont les plus fréquemment usitées.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel 8.

1840

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU, Président.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON. ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT, Examinateur.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAPITAINE.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.

MM. LARREY.
LEGROUX.
LENOIR.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT, Examinateur.
VIDAL.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Un jour encore, et j'essuierai les sueurs que je fis si longtemps découler de vos fronts.

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR.

Le baiser du retour fut toujours pur et sans arrière-pensée : puissions-nous ne jamais nous en donner d'autres!

A MES AMIS.

Après comme avant, ils me trouveront toujours le même.

A.-J.-B.-A. GIRAULD DE NOLHAC.

A MON GRAND-PÈRE COURT LAGRAVE.

O toi, près de qui il faut avoir vécu pour savoir tout ce qu'un cœur peut renfermer de noble et de généreux, ne dédaigne pas l'hommage que je te fais de ce modeste travail : il m'est si doux de payer à tes cheveux blancs ce tribut d'amour et de vénération.

A.-J.-B.-A. GIRAULD DE NOLHAC.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

> Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir a droit à l'indulgence de ses juges et de ses lecteurs.
>
> (La Bruyère.)

I.

De l'emploi des préparations chlorurées et des préparations toniques dans le traitement de l'affection typhoïde.

L'ordre dans lequel se présente ma première question me dictant naturellement celui que je dois suivre dans ma réponse, je crois devoir aborder séparément les deux chefs dont elle se compose. Je ne serai d'ailleurs pas fâché d'être délivré des chlorures lorsqu'il me faudra marcher sur le terrain brûlant des préparations toniques.

Déjà, en 1826, M. Bouillaud disait, dans son *Traité des fièvres* dites *essentielles*, et à l'article FIÈVRE PUTRIDE, « peut-être obtiendrait-on d'heureux effets de la dissolution des chlorures de sodium ou de calcium, donnés, soit en tisanes, soit en lavements. »

Depuis ces prévisions, qui se trouvaient en analogie complète avec l'explication que donne l'auteur des phénomènes putrides ou typhoïdes, il a pu multiplier ses investigations, et arriver à des conclusions que je ferai connaître plus bas. J'ai hâte d'aborder le travail de M. Chomel, publié par le docteur Genest.

Ce fut en 1831 que le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu fit ses

premiers essais sur l'emploi des chlorures contre la fièvre typhoïde. Ce moyen, dit l'auteur, n'excluait aucun des moyens rationnels généralement employés : c'était un moyen ajouté au traitement ordinaire plutôt qu'un traitement nouveau.

Le chlorure de soude fut choisi, sans doute, à cause de sa moins grande facilité à se décomposer. La dose, après divers tatonnements, fut fixée à 5 ou 7 centigrammes pour 32 grammes d'un véhicule non acide : un soluté de sirop de gomme, par exemple. Lorsque la saveur nauseuse du liquide provoquait des envies de vomir ou même des vomissements, on substituait à la solution du sirop de gomme une infusion légère de germendrée ou de quinquina. Les divers malades sur lesquels ce moyen thérapeutique fut mis en usage prirent de trois à cinq pots de solution dans les vingt-quatre heures; de plus, des lavements mucilagineux, contenant la même proportion de chlorure de soude, étaient administrés matin et soir; des lotions sur tout le corps avec le même chlorure pur étaient faites quatre fois par jour; on en arrosait les cataplasmes; les malades étaient placés dans des bains contenant une pinte du corps désinfectant; on en aspergeait les draps et les couvertures; enfin, des vases remplis du même liquide étaient placés jusque sous les lits.

M. Chomel a spécialement essayé le traitement par le chlorure de soude chez des sujets qui présentaient les trois conditions suivantes : 1° diagnostic non équivoque; 2° intensité assez grande de la maladie pour présenter du danger; 3° maladie encore à la première période ou au commencement de la seconde. Voici quels furent les résultats obtenus :

Sur cinq sujets traités par ce nouveau moyen, pendant l'été de 1831, les deux premiers offrirent d'abord un tel accroissement de symptômes, qu'on crut devoir attendre l'issue définitive de la maladie avant de faire de nouveaux essais; et même, après six jours d'attente, l'un d'eux offrit tant de prostration, que l'on remplaça le chlorure de soude par les toniques les plus puissants (depuis lors M. Chomel a souvent combiné ces deux moyens). Ce malade guérit

tout comme les quatre autres sur lesquels les mêmes essais étaient faits. Du premier novembre 1831 jusqu'au mois d'août 1832, quinze autres sujets furent encore traités par les chlorures, et treize cas de guérison eurent lieu.

Ces deux premières tentatives avaient obtenu tant de succès que, jusqu'en 1834, trente-sept nouveaux typhoïdés furent traités de la même manière; mais cette fois l'habile expérimentateur eut à déplorer la perte de douze sujets.

Ces résultats portèrent M. Chomel à conclure que le traitement par le chlorure de soude était celui qui avait offert jusque-là le plus de succès; il engage, du reste, les observateurs à faire de nouvelles recherches sur une matière aussi importante.

Depuis lors, plusieurs praticiens se sont occupés de l'emploi des chlorures; M. Chomel a poursuivi le cours de ses investigations, et tous en sont arrivés à conclure, avec M. Bouillaud, que les chlorures constituent contre l'affection typhoïde un moyen thérapeutique dont l'efficacité n'est rien moins que flagrante.

Est-ce à dire pour cela que ce moyen doit être rejeté à tout jamais? Je suis loin de le penser; car si l'emploi des chlorures n'a pas été suivi de succès bien notables, aucune voix ne s'est élevée pour leur attribuer des revers. Il faut d'ailleurs bien l'avouer, ce n'est pas trop d'une arme de plus pour combattre une affection qui se joue si souvent des moyens les plus énergiques. Assurément les chlorures ne rendront pas au sang la plasticité qu'il a perdue; assurément ils ne feront pas cesser un altération inconnue dans son essence; mais ils pourront prévenir de nouvelles émanations et absorptions; ils soustrairont toujours un être souffrant à l'atmosphère infect qui l'environne; préviendront peut-être la contagion, et pourront modifier avantageusement les surfaces intestinales ulcérées, comme je les ai vu le faire pour les eschares extérieures dans le service de M. Lavaur, mon premier maître, directeur de l'École secondaire de Clermont-Ferrand.

Ce qui précède laisse assez présumer que je n'admets l'usage des chlorures que lorsqu'à des phénomènes inflammatoires ont succédé les signes d'un travail de désorganisation et d'absorption putride.

Je me résume donc, et je dis : non, les chlorures ne doivent pas être rejetés du traitement de l'affection typhoïde ; ils constituent, au contraire, un adjuvant d'une utilité incontestable.

Si l'emploi des chlorures contre l'affection typhoïde ne date que de ces dernières années, il n'en est pas de même de celui des toniques. Ces moyens puissants sur lesquels repose toute une doctrine médicale étaient mis en usage bien longtemps avant que MM. Petit et Serres eussent groupé, sous le nom de *fièvre entéro-mésentérite*, les diverses périodes d'une affection dont Pinel avait fait autant d'espèces distinctes.

Toutefois, comme l'exiguité de ce travail ne me permet pas de remonter jusqu'au temps de Cœlius Aurelianus, je m'en tiendrai, pour mes recherches, aux années qui se sont écoulées depuis 1811.

Ce fut à cette époque que MM. Petit et Serres signalèrent, d'une manière complète, les lésions intestinales qui constituent le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. La note suivante du premier de ces auteurs résume, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire, les motifs qui le déterminèrent à appliquer le traitement tonique. « En réfléchissant, dit M. Petit, sur ce qui se passe lorsque la maladie a une heureuse issue, j'ai conjecturé que la cause quelconque qui agit sur l'intestin et le mésentère n'a qu'une certaine durée d'activité, après laquelle elle devient inerte, semblable en cela au virus variolique, à celui de la rougeole, etc. Que si le principe de la vie, soit par sa propre énergie, soit par l'impulsion qu'il reçoit d'un traitement convenable, résiste assez longtemps à son influence pour que la période de son activité s'accomplisse, la lésion organique devenue alors purement passive peut être réparée par les seules forces de la nature. »

M. Louis, dans son ouvrage publié en 1829, sans faire des toniques

la base d'un traitement exclusif, dit cependant que lorsque les symptômes de réaction ont perdu de leur intensité, que la chaleur est médiocre, l'abattement considérable, le météorisme nul ou presque nul, que rien n'indique une lésion de la muqueuse de l'estomac, qu'en un mot la faiblesse est le symptôme principal, il faut recourir aux toniques.

Telle est aussi à peu près la manière de voir de M. Chomel, qui conseille les toniques dans la forme adynamique ou ataxo-adynamique de la fièvre typhoïde.

Ces trois auteurs étant ceux qui ont le plus insisté (du moins à ma connaissance) sur la médication tonique, j'ai cru devoir les citer d'une manière toute particulière.

Tous les trois ont reconnu dans la fièvre typhoïde un double élément de désordre : l'un qui entraîne des phénomènes de réaction, et l'autre des phénomènes d'adynamie ou de prostration.

Le premier de ces éléments, tenant d'abord le second sous sa dépendance, marchant souvent avec lui, puis finissant par ne plus jouer qu'un rôle tout à fait secondaire, doit, dans le principe, attirer toute l'attention du médecin. C'est dire assez que les toniques devront être proscrits dans la première période de l'affection typhoïde, alors qu'il y a céphalalgie violente, douleur abdominale, diarrhée, élévation de température de la peau, accélération du pouls, tintement d'oreilles, obscurcissement de la vue, etc.

Et cependant MM. Petit et Serres ont conseillé et ont employé les toniques au début : voyons ce qu'ils en ont obtenu. Il faut convenir qu'en consultant les observations qu'ils rapportent dans leur ouvrage, et qu'il serait trop long de citer ici, on est peu encouragé pour débuter par l'emploi du camphre, de l'extrait de quinquina, des vins rouges, ou des infusions des plantes toniques; car les III[e] et IV[e] de ces observations sont les seules où la mort n'ait pas terminé la scène. On serait presque tenté, d'après ces relevés, de se demander si ces deux guérisons n'eurent pas plutôt lieu malgré le traitement tonique, que par le secours de ce même traitement.

Et cela est si vrai, que, de nos jours où la science suit la marche progressive imprimée aux destinées humaines, on ne voit pas, dans une seule des nombreuses cliniques des hôpitaux, suivre le traitement appliqué avant que l'illustre Broussais, que M. Bouillaud qualifie à si juste titre du nom de Mirabeau de la médecine, eût démontré la nature des phénomènes qui caractérisent la période dont je m'occupe.

Voici, à ce sujet, les propres paroles de M. Louis : « Tant que le mouvement fébrile, dit il, est considérable, la chaleur forte, le pouls très-accéléré, le même traitement doit être continué, parce que tout dans cette période doit tendre à diminuer le mouvement fébrile. » M. Chomel convient aussi qu'une ou deux saignées pratiquées au début de la maladie exercent une influence favorable sur sa durée et sa terminaison.

Quelque différence qu'il y ait entre ces une ou deux saignées et la méthode formulée par M. Bouillaud, méthode que je lui ai vu mettre en usage, ainsi qu'à M. Andral, avec tant de succès, je crois devoir prendre acte de l'aveu fait par les deux médecins de l'Hôtel-Dieu.

Mais à cette première période en succède une autre tout opposée. Des ecchymoses apparaissent à la peau, les traits s'altèrent, le teint devient livide et annonce la stupeur; les tendons sont agités par des soubresauts, le pouls est débile, et la marche des paroxysmes inégale; l'intelligence est abolie, les déjections sont fétides et involontaires; enfin, la disposition gangréneuse universelle annonce que l'affection locale a réagi sur l'ensemble de l'organisme, et que le principe de la vie est profondément affecté. C'est alors que l'autopsie fait voir ces altérations profondes de l'intestin grêle et du mésentère, ces plaques grisâtres, ces désorganisations si comparables à celles qui se montrent à l'extérieur. C'est alors aussi que les toniques peuvent rendre des services quand ils sont maniés par une main habile.

Les deux divisions que je viens d'établir dans les phénomènes de la fièvre typhoïde pourraient faire croire que je considère à cette affection une marche toujours identique : loin de moi une telle pensée. Je

sais, au contraire, que nous voudrions en vain asservir la nature à des règles établies dans le seul but de faciliter l'étude : aussi me hâté-je de convenir que souvent, dans la maladie dont je m'occupe, les symptômes de réaction et d'adynamie se combinent d'une manière désolante. Je dis désolante, parce que le médecin, ayant à sa disposition deux moyens opposés, se trouve placé dans l'alternative de ne pouvoir soulager sans nuire.

Ce sont de tels cas qui rendent nulles toutes les indications générales consignées dans les auteurs. Il est cependant quelques symptômes qui, dans mes recherches, m'ont semblé contre-indiquer l'usage des toniques, dans la période adynamique, bien entendu; je vais les consigner. Parmi ces symptômes, je place en première ligne la persistance de la douleur abdominale, et à plus forte raison son augmentation sous l'influence du traitement tonique. J'en dirai autant des douleurs épigastriques; enfin, le délire aigu viendra en troisième ligne.

Il me reste maintenant à parler des diverses substances toniques qui tour à tour ont été préconisées dans le traitement de l'affection typhoïde. Ces substances, je ne les ai pas vues employer d'une manière comparative; je ne pourrai donc, après un court résumé de celles qui ont été le plus souvent mises en usage, que formuler sur la prééminence qui doit être accordée à telle ou telle d'entre elles, une opinion basée sur ce qui a déjà été écrit.

MM. Petit et Serres administraient le quinquina en teinture vineuse, ou en infusion aqueuse animée de liqueur d'Hoffmann, d'alcool, ou d'acétate d'ammoniaque; des potions aromatiques, éthérées et fortifiées d'extrait de quina; des frictions d'aloës camphré sur toute l'habitude du corps; enfin, des sinapismes ou des vésicatoires volants journellement répétés.

M. Louis divise les toniques en faibles et en forts; il place au rang des premiers les infusions froides de quinquina, et les lavements avec le même liquide. Ses toniques forts sont, le sulfate de quinine à la dose de 4, 5, 6 et même 10 décigrammes, dans une potion aro-

matique ou gommeuse édulcorée avec le sirop de quinquina, et pour boisson une limonade vineuse. Il préfère le sulfate de quinine à l'extrait de quinquina, parce que, dit-il, le premier de ces corps laisse aux potions leur liquidité, et offre moins de dégoût aux malades. L'action du reste est la même d'après cet auteur. M. Louis proscrit l'usage des vésicatoires et des sinapismes.

Voici les moyens préconisés par M. Chomel : « L'adynamie, dit-il, se manifeste-t-elle par la stupeur, une prostration de force plus grande que celle que l'on observe en général dans les fièvres typhoïdes, la faiblesse du pouls, les défaillances dans la position assise, l'impossibilité de retenir les excrétions, elle réclame l'emploi des amers et des aromatiques, tels que la décoction de quinquina, les infusions de camomille et de sauge, en boissons, en lavements, en bains, en applications extérieures. On y joint, à doses modérées, le vin, le camphre et quelquefois l'éther. »

Si la faiblesse est plus grande et se manifeste, par l'impossibilité d'exécuter les plus légers mouvements et de faire usage de la parole, par l'altération des traits, la fétidité de l'haleine, la petitesse et la lenteur du pouls, le peu d'élévation de la chaleur et même le refroidissement, il faut élever les doses de vin, de camphre, d'éther, et employer le quinquina en extrait, et en faire prendre, soit par la bouche, soit en lavements, jusqu'à trente-deux et même soixante-quatre grammes; remplacer les vins de France par les vins alcooliques d'Espagne, administrés par cuillerées à des intervalles plus ou moins rapprochés. L'auteur dit avoir fait prendre, avec un succès inespéré, jusqu'à deux bouteilles de vin de Madère ou de Malaga dans l'espace de quatre ou cinq jours.

M. Chomel conseille, lorsqu'on a recours à la moutarde ou aux cataplasmes sinapisés, de ne pas prolonger leur application au delà de vingt-cinq minutes, et d'avoir soin, lorsqu'on les enlève, de faire oindre la partie avec de l'huile.

Si maintenant j'avais à me prononcer sur la valeur de ces diverses substances, je n'hésiterais pas à accorder la préférence à l'écorce du

Pérou, qui joint à la propriété antiseptique celle de ne pas irriter les parties : et encore suivrais-je dans son administration le sage avis de M. Louis, qui dit que, si après quatre ou cinq jours de son emploi on n'observe pas un mieux sensible, il faut en cesser l'usage. Comment, en effet, ne pas tenir compte, comme le fait observer si judicieusement M. Bouillaud, de l'organisation de la muqueuse intestinale, bien plus délicate que celle des parties externes ?

Le quinquina est de plus le moyen sur l'efficacité duquel l'opinion des auteurs a le moins varié. Je pourrais, à ce sujet, joindre aux noms de ceux qui s'en sont bien trouvés, et que j'ai déjà cités, l'autorité de MM. Andral et Lherminier, Van de Kéere, Trousseau, etc.

Quant aux vésicatoires, que certains auteurs ont voulu proscrire de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, sous prétexte que leurs effets étaient nuls, et qu'ils donnaient lieu à de larges eschares gangréneuses, je suis bien aise d'avoir à ma disposition un fait qui prouve que cette proscription ne doit pas être absolue.

Un de mes amis avait reçu, à la partie supérieure de la cuisse droite, un coup de feu qui avait produit une fracture compliquée du fémur. Après six mois d'immobilité, les deux extrémités osseuses s'étaient enfin consolidées, et il ne restait plus qu'un trajet fistuleux. Un mois plus tard, les téguments se soulèvent, de la fluctuation se manifesta, et le chirurgien qui donnait ses soins au malade crut devoir inciser, afin de donner issue à une esquille, qui seule s'opposait à une cicatrisation complète.

Le lendemain la scène était changée : la plaie était sèche, rouge et sans suppuration ; un érysipèle ambulant parcourut successivement les membres inférieurs, l'abdomen, et même le bas de la poitrine. Bientôt l'érysipèle est suivi de symptômes de stupeur et de prostration ; les selles deviennent involontaires et horriblement fétides ; l'oreille ne perçoit plus les sons ; l'intelligence est abolie ; le pouls, presque filiforme, est incalculable ; de larges eschares existent au sacrum.

La veille, un vésicatoire à la nuque avait été ordonné par M. Michon,

professeur agrégé de l'Ecole. Je le vois encore ce pauvre Charles, auprès duquel je devais veiller cette nuit-là, avec un autre de mes amis. Je croyais si bien qu'elle serait la dernière pour lui, que je ne pansai son vésicatoire qu'afin de ne pas enlever un dernier rayon d'espoir à sa mère, qui cherchait avec une anxiété déchirante à lire sur nos visages le coup qui allait la frapper; et cependant il existait encore le lendemain. Le même pansement fut continué les jours suivants : la connaissance revint par degrés, et nous possédons encore celui dont nous pleurions déjà la mort.

Un seul fait, je le sais, ne peut pas servir à établir une règle, mais il peut au moins prouver que les vésicatoires constituent un moyen qui ne doit pas être rejeté à tout jamais.

Je ne terminerai pas cette courte observation sans offrir à M. Michon, au nom de mes amis, le témoignage de notre admiration pour son rare talent, et plus encore, s'il est possible, pour le noble usage qu'il en fit en cette occasion.

II.

Quels sont les signes de la sacro-coxalgie ? Comment la distinguer de la coxalgie, et comment la traiter ?

Il est bien peu rassurant, pour une plume encore novice, d'avoir à décrire une maladie dont le nom est à peine connu, et, qui plus est, d'avoir à en établir le diagnostic différentiel. Cette réflexion, par laquelle M. Louis Frère commençait la thèse qu'il soutenait sur le même sujet à la Faculté de Paris, le 28 mars 1838, je ne crains pas de la reproduire; car, depuis ce travail, rien de nouveau n'a été écrit sur la sacro-coxalgie. Une seule fois j'ai entendu M. Velpeau, dans une de ses intéressantes cliniques, donner quelques-uns des caractères de cette maladie, à l'occasion d'une femme chez laquelle il la diagnos-

tiqua; j'aurai soin de les reproduire plus bas. Déjà plusieurs fois M. Velpeau, qui a observé huit à neuf cas de sacro-coxalgie, en a entretenu ses auditeurs journaliers ; mais malheureusement il n'a rien laissé d'écrit sur ce sujet.

On trouve dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* (t. II, p. 462), un travail de Louis, sur l'écartement des os du bassin pendant l'accouchement. Il est question dans ce travail d'une maladie des os du bassin, qui consiste dans l'écartement de l'os iliaque et du sacrum. Le même auteur cite ensuite Smélie, qui rapporte une observation de disjonction du sacrum et de l'os coxal sur une femme qu'il guérit à l'aide des antiphlogistiques.

Bassius, professeur à l'Université de Magdebourg, a publié. en 1831, un cas de divulsion de l'un des os innominés et du sacrum; divulsion qu'il dit avoir guérie dans l'espace de cinq à six jours par le repos et des frictions.

Philippe de Chartres a adressé à l'Académie de chirurgie une observation de luxation de la symphise sacro-iliaque, qui se termina par la mort dans l'espace de dix-neuf jours.

Hermann a consigné, dans une dissertation sur l'osteosarcôme (Leipzig, 1767), une observation qu'il a recueillie chez Lewret où il faisait un cours d'accouchement : la malade mourut.

Brever et Audwig de Leipzig en rapportent chacun un exemple, observé sur deux femmes, et dont la terminaison fut également funeste.

Le peu de développement que donnent à leurs observations les auteurs que je viens de citer ne me permet pas d'apprécier s'il s'est toujours agi de sacro-coxalgie dans les cas qu'ils rapportent. Je m'abstiendrai donc de toute réflexion à leur égard.

Depuis que mes questions de thèse ont été tirées, il s'est offert à mon observation deux cas qui, s'ils ne sont pas des sacro-coxalgies, ont cependant présenté un groupe de symptômes tellement semblables à ceux que l'on attribue à cette affection, que je crois devoir les rapporter ici.

Premier cas. — Je fus prié, dans le courant de janvier dernier, de venir donner des soins à un ouvrier brossier, nommé Deval, demeurant rue Pavée, faubourg Saint-Antoine, 10. Le lendemain j'allai voir le malheureux, qui souffrait depuis dix-huit mois.

Deval était un homme de quarante-cinq ans, de taille ordinaire, à cheveux noirs, et qui m'assura n'avoir jamais eu de maladie avant celle qui le retenait au lit. Huit mois avant, à ce qu'il me dit, il avait sans cause connue éprouvé des douleurs vagues, qui des lombes se propageaient jusqu'au genou gauche. Ces douleurs, qui se dissipèrent et reparurent alternativement plusieurs fois, finirent par prendre un degré de persistance qui gêna la marche et força le malade à entrer à l'hospice, où des sangsues furent appliquées sur le lieu douloureux.

Cette médication n'ayant pas procuré de soulagement notable, Deval sortit de l'hospice. Son genou commençait alors à se fléchir ; il m'assura du reste que jamais l'articulation coxo-fémorale n'avait été gênée dans ses mouvements.

Après avoir, comme il le dit lui-même, poussé le temps pendant deux mois, il rentra dans le service de M. Robert, médecin des hôpitaux. Un abcès ne tarda pas à se manifester à la partie supérieure du bord gauche du sacrum. Cet abcès fut ouvert, et il s'en écoula un liquide presque aqueux. La marche était dès lors extrêmement difficile, et ne pouvait avoir lieu sans support. Le malade sortit une seconde fois de l'hospice, bien décidé à n'y plus rentrer. Il se confia aux soins de M. Thierry, médecin du faubourg, qui appliqua trois vésicatoires à l'eau bouillante sur la partie postérieure de la crête iliaque du côté gauche : ce moyen procura quelque soulagement. Peu de temps après, deux nouveaux abcès se manifestèrent : l'un au-dessous de celui dont j'ai parlé, et l'autre à la face postérieure de la partie moyenne de la cuisse. Tous deux furent ponctionnés, et il en sortit un pus blanchâtre grumeleux et mal lié. L'articulation coxo-fémorale pouvait encore exécuter tous ses mouvements, mais ils étaient suivis de quelques douleurs.

Ce fut à cette période désespérée de la maladie que je fus appelé à donner quelques soins au nommé Deval. Le decubitus sur le côté malade ne pouvant avoir lieu, il se tenait constamment couché sur le côté opposé. Il m'assura n'avoir jamais éprouvé d'accidents syphilitiques ni scrofuleux. Je pensai tout d'abord à une coxalgie; mais le pied n'était pas devié, et je ne pus point découvrir la tête du fémur hors de sa cavité articulaire; le membre mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la rotule, n'offrait point d'allongement, et la distance de cette même épine au grand trochanter était la même que celle du côté opposé. Des fausses côtes à la crête iliaque il y avait, du côté malade, une différence en moins de deux centimètres. En arrière, le bord gauche du sacrum faisait une saillie beaucoup plus prononcée qu'à droite. L'état général présentait au reste beaucoup d'amaigrissement. L'appétit était conservé.

Je fis en désespoir de cause une application de trois cautères de potasse caustique, et j'ordonnai 32 grammes de vin de quinquina. Au bout de quinze jours, les douleurs de l'articulation coxo-fémorale étaient calmées, et un espoir trompeur renaissait chez le malade.

Quelque temps après, je remarquai que le pied se tournait en dedans. L'un des trajets fistuleux situés en arrière s'étant fermé, il se manifesta un abcès au bas du sacrum. Je temporisai autant que possible ; mais enfin voyant les téguments rouges et considérablement amincis, je me promis le lendemain de pratiquer une ponction à l'aide d'une lancette. J'engageai toutefois le malade à se coucher sur le dos, et je fis relever le bassin par un drap ployé et placé sous les cuisses. Quelle ne fut pas ma surprise le lendemain de ne plus trouver de traces d'abcès! Le pus avait repris son cours par l'orifice primitif qui lui livrait passage.

Depuis cette époque, le malade a éprouvé des accidents gastriques : un dévoiement presque continuel a produit un marasme effrayant, la suppuration n'a plus lieu que par une seule des trois ponctions qui ont été faites, des crachats purulents sont expectorés. Puis, en auscultant le malade, j'ai découvert sous la clavicule gauche une énorme

caverne du poumon. Il m'a semblé que l'ischion du côté affecté était un peu déjeté en dehors.

Deuxième cas.. — Le 7 avril dernier, M. Velpeau nous dit quelques mots d'une femme qui venait d'entrer à son service, et sur laquelle il avait diagnostiqué une sacro-coxalgie. Voici les renseignements que j'ai recueillis au lit de cette malade :

Henriette Legras, âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, née à Abbeville, et habitant Paris depuis deux ans, fut réglée à dix-neuf. Elle éprouva alors des migraines qui disparurent lorsque la menstruation se fut complétement établie. Elle est mariée depuis sept ans, et a eu deux couches très-heureuses; la dernière date de cinq années avant le sujet qui l'a conduit à l'hospice. Du reste, elle assure avoir toujours joui d'une très-bonne santé.

Il y dix mois, Henriette Legras, qui exerce la profession de blanchisseuse, montait un escalier chargée d'un lourd fardeau de linge, lorsqu'elle ressentit au bas des lombes un craquement suivi d'une douleur tellement violente qu'elle laissa tomber son linge et qu'elle eut beaucoup de peine à parvenir jusqu'au haut de l'escalier qu'elle montait. Cependant aucun topique ne fut appliqué, et la malade ne s'alita même pas.

Depuis cette époque, il exista dans les lombes une douleur dont l'intensité alla en décroissant et qui finit par disparaître au bout de deux mois. Mais alors apparut une autre douleur, qui de la fesse s'étendait jusqu'au genou gauche, dont les mouvements furent très-gênés : il y avait claudication. Ce fut en vain que des sangsues furent appliquées; la marche devint tout à fait impossible, et la malade entra dans un service de médecine. Des ventouses scarifiées furent appliquées sur le trajet du nerf sciatique, des bains de vapeur et des bains simples furent prescrits, et des vésicatoires volants furent placés. Le mal se jouait de de tous ces moyens.

Enfin, il y a six semaines, toutes les douleurs de cuisse cessèrent,

et un abcès par congestion se manifesta à la partie externe et inférieure de la fesse gauche. Cet abcès fut ouvert.

Depuis huit jours la malade a quitté le service où elle était, pour entrer dans celui de M. Velpeau. Un second abcès s'est manifesté au bas et à gauche du dos; et comme il avait pris un caractère inflammatoire, ce professeur en a pratiqué l'ouverture par une incision de trois centimètres. Les tentatives qu'il a faites pour arriver jusqu'à l'os à l'aide de la sonde, ont été infructueuses.

Maintenant cette malade est constamment couchée sur le côté droit, le décubitus à gauche étant impossible. L'épine dorsale ne présente aucune gibbosité, et jusqu'ici l'articulation coxo-fémorale est restée libre. La face est très-amaigrie. Du reste, l'appétit est conservé; la langue est belle, la circulation lente mais régulière, et la peau de chaleur normale.

Cette observation que je m'étais bien promis de suivre attentivement, a été interrompue par la sortie précipitée de la malade qui s'ennuyait du séjour de l'hôpital.

Malgré les observations plus ou moins complètes des auteurs que j'ai cités, aucun travail suivi n'avait paru sur la sacro-coxalgie, lorsqu'en 1834, M. le docteur Chambeyron inséra dans les *Archives générales de médecine* (t. IV, p. 65) la traduction d'un Mémoire sur ce sujet, extrait de l'*Allegemeine medizinische zeitung*, du mois d'octobre 1833, et publié par Hahn, auteur allemand. Ce travail, qui a servi de base à celui de M. Frère, est encore le seul auquel je puisse avoir recours pour répondre à ma question.

L'auteur allemand, après quelques considérations sur la structure spongieuse des os du bassin, structure qui, dit-il, les rend plus aptes à contracter l'inflammation suppurative, après avoir fait remarquer que le périoste aponévrotique et épais qui recouvre le sacrum et l'os des îles peut favoriser la résorption par l'obstacle qu'il oppose à l'issue du pus, arrive à la définition de la maladie dont il s'occupe.

Pour lui, le sacro-coxalgie est une inflammation de l'os iliaque ou du sacrum; pouvant être bornée à l'un ou à l'autre de ces deux os,

ou bien les affecter tous les deux simultanément. Il pense en outre que cette inflammation peut débuter par les ligaments et les cartilages articulaires, pour de là se propager aux parties dures.

Causes. — En général, les causes prédisposantes se rapportent à celles que produisent l'ostéite. On peut placer à leur tête les vices vénériens et scrofuleux. Quant aux causes occasionnelles, après les efforts musculaires de toute espèce, les coups, les chutes, etc., on trouve mentionné dans le Mémoire qui me sert de guide, la position qu'affectent habituellement les tailleurs (Les cas observés par Hahn, portaient sur trois tailleurs se livrant à l'onanisme).

Marche de la maladie. — Hahn établit les quatre périodes suivantes.

Première période. — Cette période est marquée par une douleur profonde et passagère siégeant dans la région des lombes ou de la hanche; cette douleur augmente par la fatigue, et le malade l'attribue ordinairement à un rhumatisme : cédant promptement par le repos et l'extension de la certébrale, elle est intermittente; mais les intervalles qui la séparent se rappochent de plus en plus. Du reste, on n'observe pas encore de phénomènes généraux.

Deuxième période. — Déjà la marche est devenue difficile surtout le soir, et le malade l'exécute en balançant le corps à la manière des femmes arrivées au terme de la gestation. La douleur, sans être plus vive, est cependant augmentée par la pression sur l'os coxal : elle se propage le long de la cuisse, et quelques engourdissements se font sentir dans le membre affecté. M. Velpeau fait remarquer à ce sujet (clinique du 7 avril 1840) qu'elle peut être prise pour celle de la sciatique. Dans la station, le poids du corps repose préférablement sur le membre du côté sain, qui est moins écarté de la ligne médiane que celui du côté malade. Chez ce dernier, le genou est légèrement fléchi,

et la pointe du pied regarde directement en avant; la fesse correspondante est aplatie, et le pli qui la sépare de la cuisse un peu plus profond.

Le membre commence à s'atrophier, il y a déjà de l'allongement. La crête de l'os coxal est déjetée en dehors et en bas; la tubérosité ischiatique suit la même direction, et se trouve plus éloignée de l'anus. Hahn prétend que ces derniers symptômes sont plus prononcés le soir et après la marche, quand la maladie a commencé par les os, tandis que le contraire a lieu quand les cartilages en ont été le siége primitif.

Le plus souvent l'allongement du membre abdominal persiste pendant toute la durée de la maladie, mais il arrive aussi que vers la fin de la seconde période survient un ramollissement très-prononcé qui rapproche la crête iliaque des fausses côtes et déjette en haut la tubérosité ischiatique : l'écartement du membre persiste s'il ne se manifeste pas de raccourcissement, l'allongement augmente et par suite la claudication. Chaque jour la marche devient plus difficile par l'accroissement de la douleur, de la faiblesse et de l'engourdissement. Il est cependant quelques mouvements que le membre peut encore exécuter si le poids du corps ne repose pas sur lui; la rotation en dedans, par exemple, s'opère sans douleurs ou à peu près.

Déjà quelques accès de fièvre apparaissent vers le soir, quand le malade s'est livré pendant la journée à un exercice un peu soutenu.

Troisième période. — Ici les symptômes prennent un caractère beaucoup plus alarmant. Le gonflement de l'os iliaque est beaucoup plus marqué en arrière; la fluctuation devient sensible : un abcès par congestion vient se former en arrière et au-dessus du grand trochanter, au pli de l'aine ou à la partie postérieure de la cuisse. Le déplacement de l'os iliaque, soit par allongement, soit par raccourcissement de membre, est constant à quelque heure de la journée que l'on observe le malade.

L'atrophie du membre fait des progrès; la marche est pénible le

matin comme le soir; le decubitus du côté malade est impossible; le malade se couche sur le dos en fléchissant le membre affecté, il est obligé de le soutenir, soit avec la main, soit à l'aide d'un point d'appui, quand il veut se reposer sur le côté sain (Ce caractère était des plus sensible chez le premier malade que j'ai cité). Lorsque l'individu peut se tenir debout et faire quelques pas, il remarque que l'écartement des jambes devient plus grand de jour en jour; la pointe du pied se tourne un peu en dedans. Pour apprécier la longueur du membre malade, il faut faire tenir le sujet debout, le pied sain posé sur une partie élevée, une marche d'escalier par exemple, et laisser pendre le membre affecté. La fièvre quoique peu intense est continue, et offre souvent des paroxysmes le soir.

Quatrième période. — L'abcès menace de s'ouvrir; la peau qui le recouvre s'amincit, rougit et enfin se déchire pour donner issue à un pus mal lié. La marche devient impossible sans le secours de béquilles.

Cette période est surtout marquée par la fièvre qui existe, et par une suppuration plus ou moins longue. Les fonctions digestives s'altèrent, un délire vague apparaît, un dévoiement colliquatif épuise le malade et le conduit au tombeau dans le dernier degré de marasme.

L'autopsie montre les cartilages détruits et les os cariés. Hahn dit que quelquefois on trouve certains points de l'articulation soudés. M. Frère rapporte qu'un homme qui succomba dans le service du professeur Velpeau avait plusieurs vertèbres lombaires soudées ensemble; l'articulation coxo-fémorale était profondément altérée, et le pourtour de la cavité cotyloïde détruit, la tête du fémur était cariée surtout à l'insertion de son bourrelet fibreux; le fond et la cavité cotyloïde avaient subi la même altération.

Diagnostic différentiel. — Hahn pense avec raison que les symptômes de la sacro-coxalgie peuvent facilement se confondre avec ceux de la coxalgie. Voici pourtant quelques caractères à l'aide desquels M. Frère pense qu'on pourrait établir une distinction.

M. Velpeau, dit ce médecin, a remarqué dans les divers cas de sacro-coxalgie qui se sont présentés à son observation, qu'au début la douleur avait commencé dans la région lombaire et non vers l'articulation coxo-fémorale comme dans la coxalgie. Plus tard, lorsque survient l'allongement du membre, le mécanisme en est encore différent pour la sacro-coxalgie; cet allongement a lieu sans que la distance qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque ou de l'épine antérieure ou supérieure de l'os des iles éprouve la moindre variation : il en est de même pour le raccourcissement. Toute la différence porte sur la distance de la crête iliaque aux fausses côtes. Dans la coxalgie, au contraire, la distance qui éprouve des modifications est celle qui sépare le grand trochanter de l'épine ou de la crête iliaque. Un déplacement propre à la sacro-coxalgie, et qui ne se rencontre pas dans la coxalgie, est l'écartement en dehors de la crête de l'os des iles.

Quant au changement de direction du pied, on sait que dans la coxalgie il est promptement porté en dedans, tandis que dans la sacro-coxalgie il est longtemps dirigé directement en avant, et que, survient la déviation en dedans, elle est infiniment moins prononcée.

Pronostic. — Le pronostic de la sacro-coxalgie est des plus grave; car la puissance de nos moyens thérapeutiques, déjà si faible par elle-même, est encore diminuée par l'incurie des malades qui, pour la plupart, négligent d'appeler un médecin dans la période où il y aurait lieu d'espérer une guérison. Tous les cas observés par M. Velpeau, moins celui que j'ai rapporté, se sont terminés par la mort.

Traitement. — La première chose à faire pour le praticien, c'est de rechercher la cause du mal et de le combattre. J'ai signalé plus haut parmi ces causes, les vices vénérien et scrofuleux; c'était indiquer d'avance la nature des moyens à employer.

Le repos absolu est de toute nécessité.

Lorsque la sacro-coxalgie dépend d'une cause traumatique ou d'une

inflammation idiopathique, les antiphlogistiques et les émollients peuvent rendre de grands services.

Après la période inflammatoire, c'est aux révulsifs qu'il faut avoir recours : ici les purgatifs, les exutoires à la peau, tels que vésicatoires volants, sétons, moxas et cautères, ont été recommandés avec instance. Les frictions avec l'onguent napolitain et les bains de vapeur peuvent encore avoir leur degré d'utilité. Les abcès qui se forment ne présentent pas d'indications différentes de celles de tous les abcès par congestion. Toutefois, je crois utile de rappeler ici un conseil donné par M. Velpeau : Tant que l'abcès, dit-il, existe sans réaction locale, il faut temporiser autant que possible ; mais lorsque cette réaction apparaît, il faut ouvrir largement, car alors les parois s'enflamment, le pus s'altère et ne peut rester impunément dans le foyer qui le contient.

Pour les indications générales, comme la suppuration doit être longue, il convient, tant qu'il ne s'est pas manifesté d'accidents du côté des organes digestifs, de soutenir les forces du malade par l'usage de quelques toniques et par une nourriture analeptique.

III.

De la structure du tissu des dents vues au microscope. Des caractères microscopiques des différentes humeurs de l'œil, et en particulier de la structure du cristallin.

Il était tout aussi étonnant qu'embarrassant pour moi de me trouver en face d'une question de micrographie, attendu que jusqu'ici une chaire sur ce sujet n'a pas encore été créée à la Faculté de médecine. Toutefois, comme cette remarque ne pouvait satisfaire mes juges, j'ai dû pour y parvenir m'adresser à quelqu'un de compétant : je dois à la vérité de déclarer que tout ce qui va suivre est entièrement dû à l'obligeance de M. Donné. Il est très-probable que sans lui j'en

aurais été réduit à me dire, avec le bon La Fontaine : « Ne forçons pas notre talent, nous ne ferions rien avec grâce. »

Le dernier travail que possède la science sur la structure du tissu des dents vues au microscope, a été publié par un Suédois nommé Retzius. Cet auteur, dans une première coupe verticale, nous montre l'intérieur de la dent formé par un canal qui de la racine vient s'épanouir dans le corps de l'organe. Ce canal, qui affecte la même forme que la dent, est rempli par une matière pulpeuse.

Les parois du canal dentaire sont constituées par l'ivoire ou la substance osseuse de la dent : l'inspection microscopique démontre que cette substance se compose de fibres ondulées et de canaux cylindriques creux qui, de la pulpe dentaire se portent en rayonnant vers la surface extérieure et s'y ramifient sans communiquer entre eux.

L'émail, au contraire, est formé par des petites fibres courtes, placées de champ et comparables pour leur arrangement aux fils de soie qui forment la surface d'un velours. Cette disposition en arcade, signalée depuis longtemps par John Hunter, lui servait à expliquer pourquoi l'émail n'était pas brisé pendant la mastication.

Après cela, Retzius, toujours armé du microscope, nous montre, dans une coupe horizontale, les fibres ondulées et les canaux cylindriques creux, divisés dans leur continuité et laissant apercevoir leurs orifices sous l'apparence de petits points noirs.

Pour l'œil, les humeurs aqueuse et vitrée ne présentent au microscope aucun corps régulièrement organisé.

L'humeur de Morgagni est composée de globules réguliers, solubles dans l'ammoniaque, et ayant de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{100}$ millimètres de diamètre; ces globules pénètrent dans la substance même du cristallin, jusqu'à une certaine profondeur.

Chez l'adulte, le cristallin se compose d'un nombre de segments de cercle qui n'a pas paru constant à M. Donné; il en a compté jusqu'à neuf. La structure microscopique de cet organe se compose de fibres qui, en se réunissant le long des lignes convergentes qui limitent chaque segment, forment des arcades très-marquées vers la circonférence,

et moins apparentes, à mesure que l'on approche du centre du cristallin; au milieu de chaque segment, les fibres sont droites et marchent directement vers le centre, où elles se confondent toutes les unes avec les autres.

Chez un fœtus de sept mois, le cristallin n'est divisé qu'en trois segments à sa face antérieure; les fibres n'atteignent pas encore le centre, elles laissent entre elles un espace vide sous la forme d'une étoile à trois rayons. Il existe, comme chez l'adulte, des arcades le long des lignes de division des trois segments. A la face postérieure du cristallin chez le même fœtus, les fibres ne laissent aucun espace vide entre elles. Du reste, la disposition par arcades est la même qu'à la face antérieure.

IV.

Quelles sont les principales familles de plantes qui fournissent des médicaments amèrs et toniques? Indiquer celles des espèces de ces familles qui sont le plus fréquemment usitées.

Je mentionnerai parmi les familles qui fournissent à la médecine des médicaments amers et toniques, celles des rubiacées, des simaroubées, des gentianées, des synanthérées-chicoracées, des fumariées, des caryophyllées, des polygonées, et enfin des urticées.

En tête des espèces toniques et amères les plus usitées se trouve le quinquina, sans lequel on peut presque dire que la médecine serait boiteuse; viennent ensuite le simarouba et la quassia ou bois de Surinam, le chardon bénit, la fumeterre, les racines de gentiane, de bardane, de saponaire, de patience, et enfin les cônes de houblon.

